

Sur la réponse normative à l'innovation en bioéthique²

Résumé

Les auteurs s'attachent, dans cet essai, à explorer les voies de la réponse sociale aux situations « nouvelles » ou imprévues, qui appellent la création de nouveaux repères collectifs ou l'adaptation de repères anciens, dans le domaine de la bioéthique. Les théories politiques s'intéressent aujourd'hui à ce type de problème en mobilisant l'hypothèse d'un répertoire culturel adaptatif, pouvant inclure des mécanismes de précédent. Evoquant les pistes de recherche et les problèmes non résolus, les auteurs examinent à l'éclairage que fournit cette thématique sur l'émergence et la transformation des valeurs sociales.

Mots-clés

Coordination, Institutions, Morale, Nouveauté, Principes, Valeurs,

Abstract

In this essay, the authors examine social responses to « new » or unexpected situations which call for the buildup of new collective benchmarks, or the modification of old ones in the field of bioethics. Political theories nowadays are interested in this kind of problems, and they put forward the hypothesis of an adaptive cultural repertoire, which may evolve through mechanisms of precedent. Surveying research avenues and unsolved problems, the authors propose an appreciation of the insights given by this thematic concerning the emergence and transformation of social values.

Keywords

Coordination, Institutions, Morality, Novelty, Principles, Values.

1. Introduction

Dans une veine existentialiste, les philosophes évoquent quelquefois le caractère absolu de la création des valeurs morales. Sous une forme radicale, cette approche conduit évidemment aux apories classiques relatives à leur origine (strictement) naturelle ou (strictement) conventionnelle. Les contraintes liées à la validité de certains énoncés moraux ont une vertu structurante pour les interactions sociales, en particulier dans les situations où des demandes sont formulées pour des raisons morales, ayant trait notamment à la justice et à l'injustice, au traitement égal, etc. Peut-on, dès lors, mettre

¹ Respectivement : Centre Maurice Halbwachs (CNRS-EHESS-ENS) et Université Paris-I Panthéon-Sorbonne (UFR de philosophie et équipe « Philosophies contemporaines »). Les deux auteurs sont membres du groupe « Normes, Sociétés, Philosophies » (NoSoPhi) au sein de l'équipe « Philosophies contemporaines ».

² Le texte a été présenté le 10 juin 2009 par Caroline Guibet Lafaye à l'Institut de Philosophie du Centre de Sciences Humaines et Sociales du CSIC à Madrid. Ce travail a bénéficié, dans une version antérieure, du soutien de l'Agence Nationale de la Recherche, dans le cadre du projet DELICOM (ANR-05-JCJC-0200-01). Il s'inscrit dans le programme : « Philosophie de l'histoire et valeurs dans l'Europe du XXI^e siècle », dirigé par Pr. Concha Roldán, à l'Institut de Philosophie du CSIC (Espagne).

en évidence un effet de ces interactions sur les normes elles-mêmes ? Les exigences de la coordination sociale affectent-elles le processus d'émergence et de transformation des valeurs sociales ?

Le discours moral paraît, le plus souvent, détaché de cet aspect des choses. Il se déploie en semblant prendre appui sur des réalités qui le dépassent (ou qu'il ne crée pas) : soit des valeurs qui paraissent inscrites dans la nature des choses, soit des valeurs héritées (c'est-à-dire reçues de traditions culturelles, politiques, sociales...) et qui paraissent adaptées. L'autorité des considérations morales dans la vie sociale tient d'ailleurs pour partie à la reconnaissance de leur *indépendance* par rapport aux contingences de la vie sociale. Or, dans plusieurs des dilemmes d'éthique médicale qui se posent aujourd'hui, cette indépendance est mise en péril lorsque, par exemple, le débat public se trouve fortement influencé par les pressions de laboratoires de recherche, ayant des options morales affirmées mais contestées, ou du fait de pressions émanant de laboratoires pharmaceutiques tirant bénéfice de la mise en œuvre de techniques controversées¹. Ainsi concernant la contestation du régime d'interdiction en vigueur relatif à l'expérimentation sur les cellules souches embryonnaires, le rapport de 2004 de l'Agence de la biomédecine fait état d'un « questionnement des principes retenus par la loi » et donc de raisons « sociétales » qui ne relèveraient pas de son expertise².

Une dépendance légitime du discours moral par rapport aux aspects contingents de la vie sociale est souvent admise sans grande discussion, à propos de l'opportunité de la mobilisation de tel principe à tel moment. Cette dépendance intervient même à propos de principes apparemment aussi intangibles que ceux de la dignité humaine, de l'inviolabilité du corps humain ou du statut non-instrumental du corps humain³.

Il est certain qu'existent des discontinuités, au cours du temps, dans les manières prédominantes de se référer à des valeurs existantes ou à des principes reconnus comme

¹ On pense, en particulier, aux expériences sur les embryons que veulent mener certains professionnels de l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP), en l'occurrence des « recherches cliniques sur les gamètes et le développement embryonnaire *in vitro* et le développement de l'embryon en culture avant son transfert dans l'utérus » (Agence de la biomédecine, *Bilan d'application de la loi de bioéthique du 6 août 2004*, Rapport à la Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, octobre 2008, p. 47).

² Agence de la biomédecine, *Bilan d'application de la loi de bioéthique du 6 août 2004*, p. 43.

³ Dans ce dernier cas, les pratiques problématiques consistent, en l'occurrence, dans l'expérimentation avec destruction d'êtres humains embryonnaires, la création *ad hoc* d'embryons dans un but d'exploitation par autrui, la gestation pour autrui.

le montre la mobilisation de la référence à l'eugénisme¹ ou à la notion de différence entre les races². Or ces variations affectent l'appréciation des comportements et les attentes que l'on forme au sujet de l'action des uns ou des autres. Dans ce qui suit, nous envisagerons la façon dont l'évolution des conditions sociales, des techniques et des demandes issues des milieux scientifiques et civils influent sur les normes morales et leurs interprétations tenues jusqu'alors pour dominantes. Dans cette perspective, nous cernerons d'abord la nature de ce qui peut tenir lieu de nouveauté ou d'imprévisibilité dans les états sociaux, et la façon dont le recours à des principes ainsi que l'évolution des interprétations normatives adviennent en réponse à ces nouvelles configurations.

2. Nouveauté et prévisibilité

Dans le domaine de la théorie des organisations, il est connu depuis longtemps que la référence commune à des principes et à des valeurs conditionne la manière d'appréhender la nouveauté des situations. Cette relation a des effets au plan méthodologique. Ainsi, on peut être conduit à une perspective volontariste sur l'aménagement de ces principes ou de ces valeurs, lorsqu'il apparaît que leur formulation, leur interprétation et leurs modalités d'application se prêtent à une définition concertée.

Dans de tels cas, on identifie en général une strate sous-jacente qui reste inchangée telle, dans le champ qui nous intéresse, le principe du respect de la vie. Néanmoins, peuvent survenir des réaménagements ou des problèmes inédits rencontrés dans la pratique. Par exemple, il y a certainement dans l'éthique médicale un noyau de base qui a vocation à rester inchangé et qui apparaît véritablement constitutif des pratiques concernées. Le serment d'Hippocrate, organisé autour des principes de respect de la vie, de bienfaisance (ou principe de « non nuisance »), de l'obligation de soins le résume assez bien. Faire référence à des principes pour orienter l'action signifie, en l'occurrence, un engagement à l'égard de ces principes, cette référence comportant par ailleurs inévitablement des contraintes.

¹ F. Roussel, « Le fantasme de l'eugénisme », in M. Iacub et P. Jouannet, *Juger la vie. Les choix médicaux en matière de procréation*, Paris, La Découverte, 1998.

² M. Wieviorka, *Le racisme. Une introduction*, Paris, La Découverte, 2001.

Le fait de prendre comme repères des principes généraux permet de structurer des évolutions qui, dans les détails, demeurent possibles et ouvertes¹. Néanmoins les contraintes réelles qui découlent des principes circonscrivent les trajectoires possibles pour les choix publics et pour ces évolutions relatives aux aménagements que peuvent subir ces références normatives. Dans le cas français la réflexion du Législateur, en matière d'exploitation des cellules souches d'origine embryonnaire, a été jusqu'à présent guidée par des principes comme ceux de la dignité humaine, de l'indisponibilité et de l'absence d'appropriation du corps humain ainsi que par le rejet de l'instrumentalisation des entités humaines. Dans quelle mesure peut-on envisager et légitimer des réaménagements normatifs de tels principes du fait des évolutions sociales, technologiques et culturelles² ?

Il est certain que demeure une région moins fixée de l'éthique médicale, qui donne lieu à des adaptations continues à des situations elles-mêmes évolutives. On peut dire que ces adaptations répondent à l'émergence de nouvelles formes culturelles ainsi qu'aux évolutions scientifiques et techniques, comme celles que nous venons d'évoquer. Le plus fréquemment, la définition et la révision graduelle des repères éthiques dans les professions médicales sont concertées. Elles passent par différentes instances identifiables (associations professionnelles, Académie de médecine, Académie des sciences, comités d'éthique, etc.). A l'échelle individuelle, les évolutions spontanées qui influent sur la pratique médicale peuvent appeler, d'un professionnel à l'autre, des réponses différenciées. Néanmoins la définition de repères éthiques, sans réduire tout à fait la diversité dans l'interprétation ou la formulation des principes, suppose un certain resserrement du spectre des possibles. En ce sens, les adaptations continues que l'on enregistre, en matière d'éthique médicale, constituent des *réponses coordonnées*, au sein d'une profession (ou d'un ensemble de professions), à des *évolutions* sociales, culturelles, scientifiques et techniques. On l'observe dans les compromis qui se mettent en place dans certains services de gynécologie-obstétrique³ ou de soins palliatifs ainsi que dans la législation qui régleme la pratique de la PMA.

¹ Ce point est mis en valeur dans le rapport de Pierre-Louis Fagniez, *Cellules souches et choix éthiques* (Paris, La Documentation Française, 2006) à l'occasion de la mobilisation de la théorie du « droit ouvert ».

² Des demandes de réaménagement normatif peuvent se trouver explicitement formulées comme on le voit dans le rapport Fagniez qui prend position – dans sa section « recommandations » – en faveur de choix radicaux impliquant une *rupture profonde* avec les choix antérieurs de la représentation nationale.

³ La multiplication des refus d'Interruption Médicale de Grossesse (IMG) de la part de certains parents a posé des problèmes spécifiques dans les services de Gynécologie-Obstétrique de l'hôpital

Comment donc les aménagements graduellement apportés à *l'interprétation* des principes permettent-ils de faire face à des situations nouvelles et de se coordonner dans ces configurations inédites ? Se dessine ici une dimension notable de la question de la *nouveauté* (ou de l'innovation) dans le processus d'émergence des valeurs ou de leurs interprétations. Cette problématique apparaît avec une netteté particulière dans des champs de la pratique où l'enjeu central est de se préparer à l'émergence de la nouveauté – par exemple, dans les politiques de la science et de l'innovation ou dans le champ de ce que l'on désigne par le terme de bioéthique¹. En France, par exemple jusqu'à une date récente, la bioéthique institutionnelle s'est efforcée d'élaborer, dans le dialogue et le compromis, des solutions acceptables parce qu'elles témoignaient des critiques, des doutes et des refus existant des parties en présence. Les lois de bioéthique étaient soumises à un réexamen graduel et périodique de la législation. Les premières lois de bioéthique ont été adoptées en France en 1994. Une première révision en a été faite avec la loi n° 2004-800 du 6 août 2004². La préparation de la prochaine révision de la loi de bioéthique s'est déjà amorcée dans le cadre d'« Etats généraux de la bioéthique » auxquels le grand public est, depuis le 16 février 2009, appelé à prendre part. Un équivalent existe à l'échelon européen avec la mise à jour (ou « révision à mi-parcours ») de la Stratégie européenne sur les sciences de la vie et la biotechnologie ou l'Agenda de Lisbonne sur la recherche.

Dans un autre domaine et concernant le répertoire culturel dans les organisations (ou institutions), en l'occurrence la « culture d'entreprise », David Kreps a attiré l'attention sur le contraste entre des notions telles que la *nouveauté des situations* (ce qui renvoie à un changement qualitatif), leur imprévisibilité (qui renvoie à la surprise d'un observateur) et leur caractère inimaginable (qui renvoie à la structure cognitive dans

Necker par exemple. Pour une étude de ces situations, voir C. GUIBET LAFAYE, « Pourquoi accepter des refus d'IMG en cas de pronostic vital néonatal très péjoratif ? », in *Ethical Perspectives*, à paraître.

¹ Voir Ph. DESCAMPS, *L'utérus, la technique et l'amour*, Paris, PUF, 2008, p. 82 et sqq.

² Les principales dispositions de la loi de 2004 sont les suivantes : – Le clonage, reproductif ou thérapeutique, est interdit. – La recherche sur l'embryon et les cellules embryonnaires est en principe interdite. – Par dérogation, les recherches peuvent être autorisées sur l'embryon et les cellules embryonnaires, pour une période limitée à cinq ans. – Par dérogation, « le diagnostic biologique [préimplantatoire] effectué à partir de cellules prélevées sur l'embryon *in vitro* peut également être autorisé, à titre expérimental », pour guérir un enfant atteint d'une maladie génétique incurable. – Le cercle des personnes pouvant procéder à un don d'organe pour une greffe est élargi. – La brevetabilité est autorisée pour « une invention constituant l'application technique d'une fonction d'un élément du corps humain ». – Une Agence de la biomédecine est créée. – La loi de bioéthique sera réexaminée par le Parlement dans un délai de cinq ans suivant son entrée en vigueur.

laquelle prennent place les anticipations des événements et la préparation des actions)¹. Dans le cas de l'imprévisibilité, l'accent est placé sur la réalisation de possibilités qu'on aurait cru pouvoir négliger. La notion est liée à la surprise que cause la réalisation d'événements ayant une faible probabilité *a priori* (configuration analysée par G.L.S. Shackle en économie, ou Isaac Levi en philosophie²) et dont un exemple serait donné, dans le champ auquel nous nous intéressons par l'ectogenèse, c'est-à-dire la gestation d'un fœtus hors du corps de la mère, dans une matrice externe, *i.e.* un utérus artificiel. Cette situation de faible probabilité *a priori* était encore le cas, il y a quelques années, concernant la Gestation Pour Autrui (GPA).

Si l'émergence d'une certaine situation a un caractère *inimaginable*, cela signifie qu'il n'y avait pas de place pour elle dans les cadres cognitifs de la préparation de l'action. Incontestablement, il n'est pas aisé ici de tracer des frontières entre l'imaginable et ce qui ne l'est pas, en particulier parce qu'il y a, en fin de compte, assez peu d'événements complètement inimaginables. L'inimaginable est souvent simplement ce qui n'est pas imaginé ; ou, plus précisément, ce qui n'avait pas fait l'objet d'une élaboration de scénario dans des cadres sociaux définis. Cette absence d'élaboration possède habituellement un caractère social : on veut dire en fait que l'on ne s'était pas concerté à propos de telle ou telle situation et que les manières éventuelles de l'anticiper étaient restées dans le non-dit. On le voit avec les ajustements législatifs réalisés *a posteriori* en France concernant les conditions auxquelles est soumis le don anonyme de gamètes, lorsque des couples homosexuels ou des femmes célibataires ont formulé des demandes.

L'émergence de situations qui semblent « hors cadre » auxquelles personne n'avait pensé – ou plutôt, à propos desquelles personne ne s'était exprimé –, dans les commissions ayant joué un rôle causal dans la production des textes juridiques de référence, s'explique pour partie par les *mécanismes sociaux du dialogue*, qui conduisent à privilégier les cas fréquents ou majoritaires. Ainsi on connaît les chemins, tracés et le plus souvent empruntés, lorsqu'un Diagnostic Pré-Implantatoire (DPI) décèle un risque de trisomie 21. On est en revanche beaucoup plus circonspect

¹ KREPS David, « Corporate Culture and Economic Theory », dans Alt (J.) et Shepsle (K.), *Perspectives on Positive Political Economy*, Cambridge University Press, Cambridge, 1990.

² SHACKLE G.L.S., *Expectations in Economics*, Cambridge University Press, Cambridge University Press, 1949, 1952, et *Decision, Order and Time in Human Affairs*, Cambridge University Press, Cambridge, 1961, 1969 ; LEVI, Isaac, *Decisions and revisions. Philosophical essays on knowledge and value*. Cambridge University Press, Cambridge, 1984 (en particulier le chap. 14, « Potential surprise »).

lorsqu'une hydrocéphalie fœtale est identifiée. La faible occurrence de ce diagnostic explique que l'on n'ait pas statué sur les conduites typiques dans ces cas.

Le statut de la nouveauté des situations est assez complexe¹. A première vue, il s'agit d'une notion qui renvoie à l'émergence de *qualités intrinsèquement différentes* de qualités déjà rencontrées dans le passé à propos d'objets comparables. Mais dans des contextes sociaux, l'identification de la nouveauté comme nouveauté radicale paraît très liée à *l'imprévisibilité* ou au défaut de représentation des situations et de préparation à ces situations². Dans certains cas, cependant, la nouveauté est partiellement anticipée et semble partiellement maîtrisée.

Ce contraste entre une nouveauté radicale et une nouveauté partiellement maîtrisée s'impose par exemple dans les discussions sur le principe de précaution. C'est seulement en cas d'imprévisibilité totale (ce que l'on peut caractériser par l'absence de scénario crédible imaginable) qu'une politique spéciale de précaution peut paraître hors de propos dès lors que les enjeux sont importants. Cela signifie que ce type de principe oblige à intégrer dans le domaine de la nouveauté partiellement anticipée et maîtrisable des éléments qui, spontanément, auraient pu être laissés au domaine de l'inimaginable ou de la nouveauté radicale. C'est l'un des effets notables de ce principe sur la vie institutionnelle : il permet de rompre avec l'habitude de laisser dans l'ombre en l'assimilant tacitement à de l'inimaginable ce qui n'est pas précisément anticipé ou recherché.

Un effort collectif peut et doit alors être mené pour *anticiper* les suites des orientations ou tendances déjà présentes qui peuvent laisser entrevoir des changements qualitatifs ultérieurs. Les politiques de la recherche et l'élaboration de cadres juridiques normatifs devraient, à notre sens, reposer sur un effort de ce genre. L'application de normes éthiques ou juridiques concerne assez souvent des situations qui n'étaient pas réellement imaginées antérieurement. Ainsi le législateur doit aujourd'hui en France statuer sur les demandes de reconnaissance (de filiation) de personnes devenues parents par le biais de la Gestation Pour Autrui (GPA), interdites sur le territoire national depuis 1994³ mais menées à bien dans des pays plus tolérants dans le domaine¹. En matière de

¹ Lorsque l'application stricte des règles donne un résultat clairement aberrant, on peut penser que la situation qui émerge était en réalité tout à fait imprévue.

² Il y a notamment des contraintes cognitives qui limitent la faculté d'imaginer des scénarios alternatifs.

³ L'article 16-7 du code civil stipule que : « Toute convention portant sur la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui est nulle ».

sélection embryonnaire, on peut imaginer de légiférer *ex ante* pour prévenir les demandes susceptibles de se radicaliser concernant l'utilisation de données relatives à la vitalité comparée des embryons ou plus tard peut-être, à leurs caractéristiques génétiques liées à diverses caractéristiques sociales, allant de l'orientation sexuelle à l'« intelligence », telles que la rapidité et l'habileté (les caractéristiques liées à l'intelligence ont peut-être un enracinement génétique mais qui sont survalorisées dans la société française, compte tenu de la tendance à y associer des discriminations ou des privilèges sociaux)².

Les difficultés d'application des normes sont, en outre, souvent liées à des manières alternatives et également crédibles, à première vue, de qualifier les faits émergents au regard des catégories préexistantes : ainsi on qualifie d'« avortement thérapeutique » ce qui, à un certain stade de la grossesse, peut être présenté, alternativement, comme un foeticide puisque dans la législation française l'avortement dit thérapeutique peut être mis en place jusqu'au terme de la gestation³. De même, on peut s'interroger sur les effets propres de la qualification de cette pratique récente qu'est la GPA, diversement appelée, d'abord, « maternité (ou grossesse) de substitution » puis envisagée comme pratique de « mères porteuses » avec ses variantes : maternité de substitution « de basse technologie » et maternité de substitution « de haute technologie ». Enfin est-ce que le transsexualisme (sous la forme rendue possible par l'émergence de nouvelles techniques chirurgicales) est à décrire comme l'occasion de l'accomplissement autonome d'un projet de vie librement choisi ou bien comme un « trouble de la personnalité » pour reprendre les termes de l'OMS⁴ ? Les conséquences sociales du choix de la description sont ici très lourdes, et l'importance de ce choix est elle-même une conséquence d'évolutions spontanées dans la société telles que l'apparition de certaines techniques, l'émergence d'une revendication de reconnaissance du transsexualisme ou de la maternité de substitution, l'accession de personnes

¹ Les pays ayant légalisé la GPA sont les suivants : l'Afrique du Sud, l'Angleterre, l'Australie (en majeure partie), le Brésil, le Canada, les États-Unis (dans la plupart des États), la Grèce, Israël, la Roumanie, la Russie, l'Ukraine. D'autres pays, sans l'avoir encadrée explicitement, ne l'ont pas interdite. Tel est le cas de la Belgique, du Danemark, de la Hongrie, de l'Inde et des Pays-Bas.

² Sur la fragilité des équilibres en la matière de sélection des embryons, voir Jean-Noël MISSA et Charles SUSANNE (dir.), *De l'eugénisme d'Etat à l'eugénisme privé*, Paris et Bruxelles, De Boeck, 1999.

³ Comme les deux formules suivantes l'expriment clairement : « à toute époque » de la grossesse (que l'on trouve dans l'article L162-12 du *Code de Santé Publique*) et « sans restriction de délai » (http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/contraception_ivg/contracep_ivg4.htm).

⁴ OMS, *Rapport Mondial sur la Santé*, IDC-10, Classification of Mental Behavioural Disorders : Clinical Description and Diagnostic Guidelines, Genève, chap. 2.

transsexuelles ou homosexuelles à un rôle familial donnant lieu à l'espoir de l'accueil d'enfants.

Il existe des liens forts entre les innovations techniques et scientifiques, d'un côté, et les innovations culturelles et normatives d'un autre côté¹. La liaison entre ces deux registres se remarque dans le fait que les évolutions scientifiques et techniques obligent à faire des choix entre plusieurs principes qui, initialement, ne semblaient pas entrer en conflit. L'avènement des techniques de fécondation *in vitro* assorties de la production d'embryons surnuméraires a provoqué un conflit majeur, dans l'Eglise catholique, entre le principe du respect de la vie humaine – dans l'interprétation que lui donne cette Eglise – et le principe de la promotion des valeurs familiales et de l'accueil de l'enfant.

Toute décision, surtout peut-être dans le contexte d'une organisation, présuppose un cadre de délibération, fixant des options comme de choix possibles face à un certain nombre d'éventualités possibles, décrites d'une façon plus ou moins précise². Dans ces conditions, l'application des normes et la promotion des valeurs sont largement tributaires de la *perception* et de la *description des faits* (par exemple de l'avortement comme un crime interdit par Dieu ou comme une chose acceptable) mais aussi de la manière dont s'engage la délibération à propos de la réponse à adopter face à la situation qui se présente. Pour cette raison, les considérations précédentes doivent se doubler d'une dimension *procédurale*, qui concerne la manière de se concerter ou, pour le dire autrement, la manière de réagir ensemble à des situations nouvelles. Telle peut être la fonction des conférences de citoyens relatives aux lois de bioéthique, des comités consultatifs pluridisciplinaires d'éthique médicale ou des réunions d'équipe dans les services hospitaliers. Aux Pays-Bas, par exemple, le principe de l'euthanasie étant accepté et juridiquement institué par la loi hollandaise, sa mise en œuvre ne se justifie que pour autant qu'elle répond à des conditions précises et s'effectue selon une démarche codifiée. S'agissant des nouveaux-nés, elle a été formalisée dans le protocole

¹ On en saisit un exemple dans les inflexions de l'interprétation du principe de la dignité humaine ou de la notion de personne à partir, dans le premier cas, de la référence à *l'autonomie dans la volonté* ou de sa corrélation avec un *projet parental*. Ces interprétations récentes sont pourtant, d'un point de vue conceptuel, fragiles. L'histoire de l'esclavage manifeste les dangers intrinsèques de toute approche normative qui suspend la dignité des êtres au bon vouloir d'autres êtres (voir les travaux des juristes Florence Bellivier et Catherine Labrusse-Riou in *Cités*, « Les nouveaux esclaves : clones et embryons », n° 8, 2001/4, p. 115-150).

² Songeons simplement aux services de gynécologie-obstétrique confrontés à des diagnostics prénataux d'anencéphalie, d'hypoplasie du ventricule gauche, d'hypoplasie pulmonaire, de nanisme tanatophore, de syndrome de Potter ou de trisomie 18 que nous évoquerons ultérieurement face à de futurs parents dont la religion interdit le recours à l'avortement thérapeutique.

de Groningen, élaboré par plusieurs néonatalogistes hollandais – principalement E. Verhagen et P. Sauer – à partir de leurs propres pratiques de réanimation¹. Quatre critères fondamentaux de justification de la mise en œuvre d'une procédure d'arrêt de vie concernant des nouveaux-nés dessinent les contours d'une démarche procédurale : (i) l'absence d'espoir, des souffrances insupportables, une qualité de vie future très médiocre pour l'enfant ; (ii) le consentement des parents ; (iii) l'avis d'un médecin indépendant et sa convergence d'opinion avec les médecins traitants ; (iv) la mise en œuvre d'une procédure conforme aux normes médicales acceptées².

Enfin, il convient d'examiner si les principes mobilisés dans les organisations sont capables de respecter l'aspect multidimensionnel des références axiologiques pertinentes à propos d'un problème donné. Dans le contexte français actuel de concurrence idéologique autour des valeurs morales, on s'interrogerait avec profit sur l'équilibre entre des revendications divergentes³. On peut attendre d'une législation en matière de bioéthique qu'elle établisse des garanties et des protections pour ceux qui jugent inacceptable ce qui fait l'objet même des revendications et des attentes des autres⁴. Telle est certainement l'une des raisons d'être de la bioéthique légale. Elle pourrait également contribuer à une limitation de la discrimination éthique – en l'occurrence, à l'encontre de certains profils éthiques légitimes (*i.e.* raisonnables et ouverts au dialogue) – dans les professions de la recherche et de la santé, notamment au

¹ Le respect de la procédure et des étapes qui précèdent l'acte qui conduit à la mort est aussi un élément central de la Loi française n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

² A. A. E. VERHAGEN et P. J. SAUER, « The Groningen Protocol – Euthanasia in Severely Ill Newborns », *The New England Journal of Medicine*, vol. 352, Mars 10, 2005, n°10, p. 959-962. Le protocole établit que les parents, l'équipe médicale et les travailleurs sociaux doivent tous reconnaître que les traitements sont devenus « futiles » (inutiles). Une fois la décision arrêtée et que quelques jours se sont écoulés pour laisser aux parents le temps d'y réfléchir encore, l'enfant est tué soit avec de la morphine ou du midazolam. Un rapport est fait au procureur de la république sur l'acte d'arrêt de traitement. Pour d'autres éléments sur la nature procédurale de la mise en œuvre de ces procédures, voir C. GUIBET LAFAYE, « L'institutionnalisation des désaccords éthiques : le cas de la réanimation néonatale », in *Revue de Métaphysique et de Morale* : « L'éthique et le dialogue dans les institutions », Numéro spécial, Paris, PUF, 2010 (à paraître).

³ Voir l'« Avis » proposé par Emmanuel Picavet, en réponse à la demande de M. le député Pierre-Louis Fagniez, à propos de son rapport au Premier ministre, *Cellules souches et choix éthiques* (Paris, La Documentation Française, 2006). E. Picavet étudie en particulier les modalités de la prise en compte du pluralisme éthique dans les débats de bioéthique. Site Delicom : <http://epi.univ-paris1.fr/delicom>.

⁴ Ces garanties permettraient de ne pas heurter certaines convictions en autorisant des actes non nécessaires, dont l'interdiction ne prive de perspectives ni la recherche ni la pratique médicales, et qui paraissent absolument inacceptables à une partie des citoyens (on pense en particulier au clonage dit thérapeutique, à la création de chimères [homme-animal] à l'occasion d'expériences ou à l'expérimentation sur l'embryon humain avec destruction). On ne peut en effet omettre que, dans le contexte actuel, les laborantins, les membres des équipes hospitalières, les étudiants de médecine, les membres des familles concernées subissent des pressions éthiques.

seuil de certaines filières d'études et sur les lieux où sont mises en œuvre les pratiques en débat. On peut en effet s'inquiéter de l'aggravation prévisible des tensions éthiques dans les professions médicales et entre patients et soignants, des risques de pressions familiales en faveur de soins contraires à l'éthique individuelle, de l'association arbitraire d'un certain « profil » éthique à un ensemble de professions médicales ou de recherche (en violation de la neutralité à l'égard des convictions, que l'on peut souhaiter notamment pour le secteur public¹).

3. Organisation et principes dans la réponse créative à la nouveauté

Dans les sociétés humaines, la réaction à la nouveauté et l'invention ou l'adaptation des repères pour l'action sont des affaires collectives. D'une manière plus précise, on peut dire que ce sont des processus de création ou d'innovation qui prennent place, pour une large part, dans des organisations ou des institutions qui sont autant de cadres du dialogue et de la décision. Ces éléments imposent une certaine convergence – imparfaite sans doute – des cadres mentaux dans lesquels se préparent les décisions. La *pluralité des interprétations retenues comme pertinentes* pour des principes ou des valeurs donnés se trouve elle aussi restreinte à cause des impératifs d'une délibération commune. De la sorte, émergent des interprétations que l'on peut dire dominantes mais qui peuvent ne pas se réduire à l'unicité et entre lesquelles peuvent subsister des différences notables. On l'a vu avec l'acceptation progressive du principe de l'« obstination déraisonnable » (*i.e.* du refus de l'acharnement thérapeutique), ayant conduit, à l'issue des débats qui ont permis d'envisager différentes versions de ce principe, à des aménagements législatifs encadrant la pratique des arrêts de vie (loi Léonetti du 22 avril 2005 relative aux droits des patients en fin de vie²).

¹ Ces effets posent la question de la segmentation institutionnelle sur une base éthique des pratiques, grâce à laquelle les personnes pourraient choisir les institutions qui leur conviennent, sans cautionner par leur présence ce qu'elles jugent inacceptable, particulièrement dans un système de recherche, d'enseignement supérieur ou de santé. La segmentation éthique organisée des institutions peut contribuer à garantir aux usagers du système de soins – mais aussi aux étudiants et aux chercheurs – la possibilité d'opérer des choix d'appartenance conformes à leurs convictions. Ce type d'aménagement a été mis en place avec succès en France au moment de l'inclusion de l'objection de conscience dans les formes d'accomplissement du service national. Une évolution de ce genre pourrait permettre d'échapper à la fois aux pressions éthiques sur les individus et au « boycott éthique » des institutions ou des départements universitaires.

² La loi du 22 avril 2005 a modifié la rédaction de l'article L 1110-5 du code de santé publique (CSP) français en apportant les précisions suivantes : « Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une

L'absence de prise en compte de certains scénarios pourtant logiquement possibles et imaginables peut être particulièrement marquée dans le cadre d'une organisation, d'une manière surprenante au vu des capacités cognitives des individus. La prise en compte de la nouveauté et l'adaptation en conséquence des valeurs ou normes de référence sont donc certainement contraintes, à un degré élevé, par les contingences de la vie dans les organisations mais aussi par la logique même de la délibération au sein des organisations et par le fait du pluralisme. On l'observe dans le malaise d'équipes de gynécologie-obstétrique face aux refus répétés d'IMG lors de pronostics vitaux néonataux péjoratifs ou induisant un handicap très sévère de l'enfant à naître. Les cadres du service concerné de l'hôpital Necker, par exemple, ont observé dans leur équipe un découragement notable, une forte mobilité (départs du service), un agacement, des sentiments d'injustice à l'égard de l'allocation induite des ressources dans les services, etc. Les refus d'IMG formulés par les parents concernés n'étaient pas toujours anticipés là où il semblait aller de soi, pour le personnel médical, de demander l'IMG pour des diagnostics du syndrome de Potter ou des cas d'anencéphalie.

Dans une organisation, une certaine ouverture aux possibles est ménagée mais on ne peut certainement discuter avec soin de toutes les éventualités logiquement possibles ni employer des moyens disproportionnés pour se préparer collectivement à chacune d'elles¹. La confrontation des services hospitaliers à des cas complexes a, dans certains cas, suscité des demandes de création de consultations d'éthique clinique.

L'exclusion d'éventualités pourtant logiquement possibles fait certainement partie de ce qu'on peut appeler la *rationalité limitée collective*, par quoi l'on renvoie aux aspects des relations sociales qui expliquent que les décisions ne soient pas idéalement ou complètement délibérées. Le jugement peut être assurément difficile, à la fois pour des raisons *cognitives* et pour des raisons relevant proprement de *l'organisation*². Ces deux catégories de facteurs jouent d'une manière amplifiée, lorsque les organisations doivent

obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10 [...] » (Article L 1110-5 CSP).

¹ Ainsi aucune typologie systématique des conduites à tenir dans chacun des cas de diagnostics létaux ou très péjoratifs n'existe encore dans aucun pays d'Europe, en l'occurrence pour les pathologies suivantes létales à court terme (*i.e.* quelques heures ou jours après la naissance) : Anencéphalie, Hypoplasie du ventricule gauche, Hypoplasie pulmonaire, Nanisme tanatophore, Syndrome de Potter, Trisomie 18.

² Du reste, ce n'est pas la fonction des services hospitaliers de procéder à l'élaboration du genre de typologie précédemment évoquée des conduites à suivre.

définir des stratégies face à des situations dont on se doute qu'elles présenteront des caractéristiques radicalement nouvelles et fort peu anticipées¹. Ces caractéristiques expliquent la clause, présente dans la loi française de bioéthique de 2004, instituant des dérogations exceptionnelles à la recherche sur l'embryon sous condition de deux critères : ces recherches doivent « permettre des progrès thérapeutiques majeurs » et ne sont autorisées qu'en l'absence de « méthode alternative d'efficacité comparable ». De même et au vu de l'ampleur des bouleversements sociaux qui sont intervenus depuis quelques décennies, toute entreprise législative concernant la famille comporte un pari sur l'inconnu. Sans prétendre prédire l'évolution future des pratiques sociales, il est probable que des changements majeurs interviendront, analogues à l'adoption d'embryons, au don de gamètes ou à la gestation pour autrui. Dans ces conditions, les dispositifs législatifs peuvent jouer un rôle spécifique dans la régulation sociale, dans des conditions non anticipées. Il est en effet requis de s'efforcer d'imaginer le type d'effets que pourrait produire la législation dans des conditions radicalement nouvelles ou imprévues².

L'interprétation des principes est, elle aussi, soumise à des aléas, parce qu'elle est tributaire d'évolutions sociales et culturelles largement imprévisibles. Dans le cas de grands principes moraux et politiques, l'interprétation évolutive des normes reflète ou concrétise toujours une modification des valeurs de référence. Il peut s'agir, comme c'est bien souvent le cas, de processus influencés par des *épisodes précis*, par des situations qui ont des répercussions durables, notamment en matière herméneutique. On l'a vu en France avec la fin de vie de Vincent Imbert ou celle, en Espagne, de Ramón Sampedro – médiatisée par le film *Mar adentro* d'Alejandro Amenabar (2005). Ces situations ont contribué à l'évolution de la compréhension de la position de certains patients à l'égard de leurs propres conditions de vie et de l'appréciation de leur propre qualité de vie ainsi qu'à l'évolution de l'interprétation des grands principes en matière

¹ Cela est requis notamment pour éviter les comportements stratégiques. Ainsi dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Necker (Paris) qui concentre le plus grand nombre de grossesses problématiques en France, en l'occurrence de grossesses où ont été diagnostiquées des pathologies lourdes des fœtus, aucun cas d'anencéphalie n'a été recensé entre le 1^{er} janvier 2004 et le 31 décembre 2006 et seulement une malformation cérébrale avec hydrocéphalie majeure.

² On le voit par exemple avec l'utilisation faite par certains universitaires allemands des règles européennes de la libre circulation des biens pour importer des lignées de cellules souches afin de poursuivre leurs expérimentations sur ces dernières alors même que l'embryon est protégé par la loi allemande depuis 1990.

de traitement médical (ou d'arrêt de soins), ou encore à l'égard de l'interprétation des principes d'autonomie et d'auto-détermination¹.

Ce type d'*influence de l'évolution interprétative* révèle le rôle de certains principes généraux dans la manière d'aborder des situations nouvelles. Cependant le recours à ces principes, pour être effectif, doit coïncider avec l'émergence d'interprétations dominantes – en l'occurrence, de celles qui servent à se coordonner. Il est manifeste que des principes *reconnus en commun* (comme le respect de la volonté du patient ou celui de la non obstination thérapeutique) jouent un rôle dans la *coordination* des agents institutionnels (ou des institutions elles-mêmes par exemple entre les services hospitaliers, par exemple de cancérologie et de soins palliatifs). L'efficacité de ce rôle dépend de la reconnaissance conjointe, par les uns et les autres, d'interprétations compatibles de ces principes et aussi, bien sûr, de la teneur de ces interprétations. Un exemple en est offert avec la reformulation du serment d'Hippocrate dans sa version réactualisée et publiée dans le *Bulletin de l'Ordre des Médecins* d'avril 1996, n° 4. La mention : « J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences » est une référence limpide à l'exigence de consentement éclairé que les médecins doivent recueillir des patients. Un peu plus loin, on lit : « Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément ». Cette déclaration doit permettre de concilier les positions des partisans des arrêts de soins et des opposants à toute forme d'euthanasie au sein même de la profession et au sein d'institutions communes.

Ce type d'approche peut être comparé à l'importance accordée, dans certains secteurs des études constitutionnelles, au caractère évolutif (et parfois évolutif par paliers) des interprétations dominantes qui s'attachent aux « grands principes » politiques. Ainsi Jürgen Backhaus a dégagé les évolutions subies par les interprétations dominantes du régime de la propriété privée dans plusieurs pays, au cours de différentes périodes². De même, on pourrait mettre en évidence l'existence de phases et de paliers

¹ Ces principes ont parfois une traduction juridique comme dans la loi du 22 avril 2005 : « Art. L. 1111-10. - Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix. La décision du malade est inscrite dans son dossier médical. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10 » (Article L1110-11 CSP).

² BACKHAUS, Jürgen, « Economic Principles of Constitutions : An Economic Analysis of Constitutional Law », *The Independent Institute*, Working Paper Number 40, Août 2001. Disponible sur le site Internet de *The Independent Institute*. Les interprétations dominantes, à l'échelle nationale, du régime de la propriété privée sont compatibles ou non avec des nationalisations. Or cette compatibilité

dans l'évolution des principes constitutionnels eu égard aux questions de bioéthique, concernant par exemple l'utilisation des cellules souches d'origine embryonnaire. L'histoire politique, notamment l'orientation libérale de certains gouvernements récents, en France et en Europe, n'y est pas étrangère. Elle joue un rôle dans les transitions entre interprétations prédominantes. On le perçoit dans les étapes de la révision des lois de bioéthique en France jusqu'à l'avis du Conseil d'Etat de mai 2009. Ce dernier propose de « substituer au régime actuel d'interdiction assorti de dérogation – que le législateur avait choisi en 2004 sur sa préconisation –, un régime d'autorisation “enserré dans des conditions strictes” »¹ et recommande au législateur de « ne pas renouveler l'obligation de réexamen des lois de bioéthique à l'issue d'un délai de cinq ans »² car le législateur peut en effet « intervenir à tout moment pour traiter les questions nouvelles qui lui paraissent appeler son intervention »³, sans qu'il soit requis de remettre en cause périodiquement l'architecture globale de la législation.

Parallèlement on ne doit pas sous-estimer le rôle de la flexibilité des principes, ou des valeurs associées, dans le jeu concret des institutions et dans les adaptations qui favorisent son efficacité ou sa stabilité. Cette flexibilité explique partiellement le rôle joué par des principes ambigus dans la vie publique⁴, jusque dans la mise en œuvre de politiques publiques⁵.

De même, on peut mettre en évidence le rôle joué par les interprétations évolutives des principes dans la coopération effective des pouvoirs. Dans le registre politique, on le constate avec la laïcité qui fait partie de ces principes que l'on peut dire « fermes » dans le contexte politique français. La laïcité exemplifie un type de principes que l'on ne serait pas prêt à ouvrir à la négociation pour des raisons politiciennes, par exemple. Pourtant, si l'on en revient aux processus politiques structurés par la référence à la laïcité, la flexibilité et la relative indétermination de ce principe sont des faits

peut être l'enjeu d'initiatives délibérées de différents groupes d'acteurs, dans des « processus d'interprétation de la constitution », pour infléchir, dans un sens ou un autre, l'interprétation dominante.

¹ Les études du Conseil d'Etat, « La révision des lois de bioéthique », 6 mai 2009. Disponible sur l'Internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/> [consulté le 15/05/2009], p. 19. A paraître à Paris, La Documentation Française.

² Les études du Conseil d'Etat, « La révision des lois de bioéthique », p. 103.

³ Les études du Conseil d'Etat, « La révision des lois de bioéthique », p. 103.

⁴ MATLAND, Robert E., « Synthesizing the Implementation Literature : The Ambiguity-Conflict Model of Policy Implementation ». *Journal of Public Administration Research and Theory*, 5/2, p. 145-175, 1995.

⁵ Voir les cas de l'accès aux soins de santé de base et de la garantie d'un panier de biens en santé en France (E. PICAUVET et C. GUIBET LAFAYE, « Confiance et adaptation de principes généraux. Le cas de l'équité dans l'accès aux soins », in P.-Y. Quiviger et T. Martin (dir.), *Action médicale et confiance*, Presses Universitaires de Franche-Comté, série AGON, 2007, p. 37-66).

d'expérience. Des processus similaires sont repérables en bioéthique avec des principes comme le respect de la vie humaine, l'obligation de soins – la loi Léonetti s'appuyant sur la demande du patient pour constitutionnaliser leur suspension – ou le statut non-instrumental du corps humain.

Le rôle spécifique du caractère général, c'est-à-dire ouvert aux interprétations, des principes ou des règles a été documenté par plusieurs études de mise en œuvre de politiques publiques¹ ou d'interprétation flexible des normes juridiques ou encore par des études du rôle de principes directeurs relativement ambigus dans les négociations. Certaines approches ont une influence pratique. Tel est le cas de la théorie du « droit flexible »², reformulée par Mireille Delmas-Marty, qui se trouve directement relayée – avec référence explicite – dans les recommandations du rapport 2006 de P.-L. Fagniez au Premier Ministre Dominique de Villepin³. L'exception et le partage évolutif qui s'établit et se modifie entre les *cas normaux* et les *cas exceptionnels* jouent pareillement un rôle dans l'application concrète des principes, qui apparaît assez largement tributaire de la manière dont les acteurs sociaux parviennent à se concerter, au cours d'épisodes définis, face à des situations nouvelles, souvent imprévues ou imprévisibles⁴. Dans le champ de l'éthique médicale, c'est à une évolution dans l'application du principe rejetant l'instrumentalisation de l'humain qu'invite l'extension proposée des dérogations relatives au diagnostic biologique préimplantatoire, effectué à partir de cellules prélevées sur l'embryon *in vitro* et qui est aujourd'hui autorisé « à titre expérimental » par la loi de bioéthique de 2004, pour guérir un enfant atteint d'une maladie génétique incurable, grâce à la naissance d'un enfant indemne, cas couramment désigné comme celui du bébé dit « du double espoir » ou du « bébé-médicament »⁵.

¹ Voir C. GUIBET LAFAYE et E. PICAUVET, « Compromis autour de principes généraux. Les politiques publiques de santé en France : la loi hospitalière de 1970 et le projet de loi "Hôpital, patient, santé, territoire" », communication invitée faite par C. Guibet Lafaye en juin 2009, dans le séminaire Territoires, Action publique, Société (TAPS) du laboratoire SPIRIT de l'Institut d'Etudes Politiques de Bordeaux.

² La notion de « droit flexible » a été thématisée par J. Carbonnier puis reprise par d'autres auteurs comme Mireille Delmas-Marty (voir J. CARBONNIER, *Flexible droit, pour une sociologie du droit sans rigueur*, 10^{ème} éd., Paris, LGDJ/Montchrestien, 2001). Il s'agit d'un droit qui laisse une marge de discrétion au juge. Il est caractérisé par des règles générales ou « incomplètes ». Cette marge de discrétion a néanmoins un coût, en l'occurrence une perte dans l'information donnée par le droit aux agents.

³ FAGNIEZ Pierre-Louis, *Cellules souches et choix éthiques*, Paris, La Documentation française, 2006.

⁴ PICAUVET Emmanuel, « L'institutionnalisation de l'attribution des pouvoirs politico-économiques : normalité et exception ». *Canadian Journal of Law and Society/Revue Canadienne Droit et Société*, 21(1), p. 39-62, 2006.

⁵ Voir le site de La Documentation Française,

Il y a donc un faisceau d'études qui accréditent le rôle structurant, dans des interactions sociales et politiques, d'évolutions interprétatives que l'on peut souvent assimiler à des *évolutions dans les valeurs de référence* (qui seraient, en l'occurrence, celles du rejet de l'instrumentalisation ou de l'exploitation de l'être humain). Un *consensus verbal* peut parfaitement subsister à propos de certaines formulations des valeurs de référence, alors même que les ambiguïtés et la généralité de ces formulations abritent des changements possibles dans les valeurs concrètement mises en œuvre¹.

Plusieurs éléments paraissent entrer en ligne de compte eu égard à cette dimension interprétative : des aspects purement cognitifs ; le processus historique par lequel on passe et qui voit émerger des changements qualitatifs dans les valeurs ; la nouveauté dans les situations qui se succèdent ; des éléments stratégiques – tels que les anticipations des reconfigurations et réallocations de pouvoir induites mais non désirées par l'évolution des interprétations. Interviennent certainement aussi (d'une manière qui toutefois peut être plus difficile à cerner avec précision), des aspects fonctionnels qui concernent la « bonne marche » des institutions ou des organisations, c'est-à-dire de façon générale la limitation des conflits (tels que ceux qui existent dans les services hospitaliers ou les laboratoires de recherche médicale concernant des pratiques ou des actes controversés).

4. Bilan et perspectives : quelques problèmes non résolus.

Dans ce qui précède, nous avons posé quelques jalons pour l'examen d'un problème normatif générique : d'un point de vue moral ou politique, jusqu'à quel point est-on

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/bioethique/loi-bioethique-2004.shtml>, consulté le 15/05/2009.

¹ « Sous sa forme la plus générale, la norme d'*équité* consiste dans l'idéal d'une égalité de tous devant les aléas de la maladie et des risques corporels. Or cet idéal se décline sous deux formes au moins : l'égal accès au système de soins (dont les corrélats sont la gratuité, l'absence de discrimination notamment à l'hôpital) et une égalité plus large devant la santé, ne dépendant que partiellement des soins et du système hospitalier. De même, la norme de *réponse efficace aux besoins* se décline de plusieurs manières, parmi lesquelles figurent l'élimination des gaspillages, l'élimination des cas de double emploi (notamment locaux ou régionaux, public/privé, etc.), une logique de concentrations et de regroupements en cas d'économies d'échelle documentées, l'introduction d'enveloppes, de critères économiques d'évaluation (p. ex. de type coût-efficacité), la lutte contre les inefficiences bureaucratiques, parfois supposées intrinsèquement liées au fonctionnement du secteur public (notamment chez les idéologues du libéralisme économique et de la privatisation) » (E. PICAUVET et C. GUIBET LAFAYE, « Confiance et adaptation de principes généraux. Le cas de l'équité dans l'accès aux soins », p. 283-284).

fondé à (ou tenu de) réagir à des situations nouvelles¹ (imprévues ou difficiles à croire) par des réaménagements normatifs, c'est-à-dire par l'adoption de nouvelles normes ou de nouvelles interprétations des normes acceptées ou par des réaménagements dans les valeurs de référence qui encadrent l'action ou l'organisation ? Nous n'excluons pas que l'introduction de quelques éléments évolutionnistes relatifs aux valeurs (relatifs en particulier au rôle des valeurs dans des scénarios crédibles concernant l'évolution des impératifs de la coopération dans les sociétés humaines), à la manière d'A. Gibbard², oblige à considérer pour elle-même la question de l'adaptation fonctionnelle des valeurs morales à des structures génériques de coordination et de coopération.

En politique et dans le dialogue social, les manières d'invoquer des précédents ou de se situer par rapport à eux jouent un rôle important dans les manières d'appréhender la nouveauté³. C'est également le cas lorsque l'éthique surgit dans le domaine juridique comme l'ont rappelé les débats suscités en 1989 par le « cas Nicolas Perruche »⁴. Une partie des enjeux concomitants à ces débats était liée à la constitution d'un précédent avec l'« arrêt Perruche » établi par l'assemblée plénière de la Cour de cassation le 17 novembre 2000, en l'occurrence l'indemnisation du préjudice « subi » par l'enfant en plus de celui encouru par les parents n'ayant pu, du fait d'erreurs médicales successives, exercer leur droit d'interrompre la grossesse dans le cas où le diagnostic de la rubéole aurait été avéré. Dans la discussion, au-delà des questions normatives, a également pesé la possibilité que d'autres familles – parents et/ou enfants – ayant connu des circonstances similaires entreprennent, par la suite, une action en justice.

Ce type d'exemple pose le problème de la proportion entre les bouleversements introduits dans les valeurs et le degré de nouveauté des situations. Il ne s'agit pas, à strictement parler, de la création de *nouvelles* valeurs morales de référence. Il ne s'agit pas non plus tout à fait de raffinements des valeurs couramment admises, du type de celui que les philosophes moralistes ont souvent cherché à introduire (par exemple Reid en référence au sens commun, Sidgwick en référence aux convictions courantes sur

¹ Comme l'adoption par des couples homosexuels masculins ou leur accès légal à la GPA.

² GIBBARD, Allan, « Normative Inquiry and Its Evolution », dans *Philosophy of Law, Politics, and Society : Proceedings of the 12th International Wittgenstein-Symposium*, dir. Köller (P.), Schramm (A.) et Weinberger (O.), Verlag Holder-Pichler-Tempsky, Vienne, 1988 ; et : *Wise Choices, Apt Feelings*, Harvard University Press, Cambridge (Mass.), 1990, tr. fr. S. Laugier, *Sagesse des choix, justesse des sentiments*, PUF, Paris, 1996.

³ Voir CALVERT, Randall et JOHNSON, James, « Interpretation and Coordination in Constitutional Politics », dans Hauser (E.) and Wasilewski (J.) (dir.), *Lessons in Democracy*, Jagiellonian University Press and University of Rochester Press, 1999.

⁴ Atteint du syndrome de Gregg après que sa mère avait contracté la rubéole durant sa grossesse.

l'avantage commun, ou Rawls en référence au socle de valeurs largement partagées dans les démocraties libérales). Cependant, on peut incontestablement faire état d'une inflexion donnée, de manière durable, à une catégorie préexistante de jugements de valeurs.

Ainsi notre propos été de souligner, à l'occasion de cas spécifiques, la façon dont les exigences de la coordination sociale affectaient le processus d'émergence et de transformation des valeurs sociales. Nous espérons avoir précisé, dans le champ restreint dans lequel nous nous sommes placés, certaines des conditions d'évolution normative et d'évolution de l'interprétation des principes dans des situations qui n'avaient pas été anticipées.